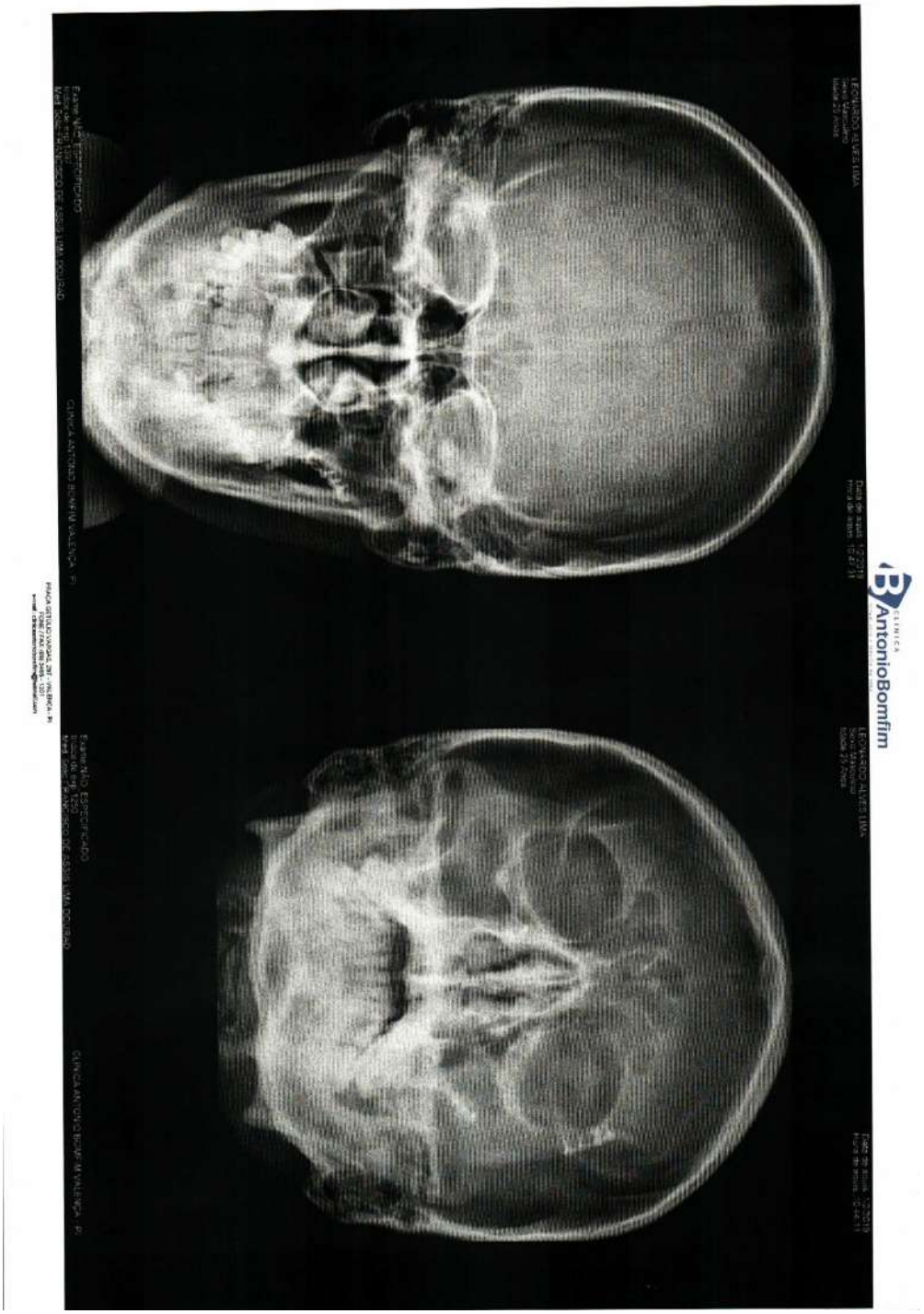

CLÍNICA
AntonioBomfim

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
LEONARDO ALVES LIMA

DATA DE NASCIMENTO 12/05/1993

Nº INSCRIÇÃO 0401 2165 1589

ZONA 018

SEÇÃO 0105

MUNICÍPIO / UF
NOVO ORIENTE DO PIAUÍ/PI

DATA DE EMISSÃO 10/12/2015.

JUIZ ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

Num. 6138197 - Pág. 3

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.432.714 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/03/10

NOME LEONARDO ALVES LIMA

FILIAÇÃO MARIA HELENA ALVES LIMA
MANOEL BARBOSA LIMA

DATA DE NASCIMENTO 12/05/1993

NATURALIDADE VALENÇA DO PIAUÍ-PI

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 8916 L A11 F 81V
EXP NOVO ORIZONTE DO PIAUÍ-PI 11/10/93

TERESINA, PI

DIRETOR PRESIDENTE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.906/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Leonardo Alves Lima
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição
057.058.493-03

Nome
LEONARDO ALVES LIMA

Nascimento
12/05/1993

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Leonardo Alves Lima, brasileiro,solteiro portador da Cédula de Identidade 4.432.714 inscrito no CPF 057.058.493-03 sob o nº, residente e domiciliado no povoado Isidória o Mimoso s/n zona rural de Valença do Piauí- Pi- CEP 64300-000, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.
Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Valença do Piauí - Pi , 03 / 05 /2019

x Leonardo Alves Lima
Leonardo Alves Lima

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI
Hospital Municipal de Pequeno Porte – HMPPNOPI
Rua Inácio Barbosa s/nº - Centro – CEP: 64.530-000 – Novo Oriente do Piauí-PI
Fone: TP:(89) 3475-1285 - CNPJ: 06.554.836/0001-14

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

SENHA: 40
HOSPITAL: Hospital Regional - Va-PI

I – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Leonardo Alves Lima.
CNS: DN: 12/05/1993 IDADE: 25a ESTADO CIVIL Casado
ENDEREÇO: Povoado Primavera (Valença do Piauí - PI)
CIDADE DE ORIGEM: Valença do Piauí
RESPONSÁVEL: TELEFONE: ( )

II – ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÃOES DO PACIENTE: Acidente de Trânsito (SIT) (Colisão moto / moto)
Consciente, Orientado, Pinoneia e Sangramento anal (SIC).

DIAGNÓSTICO
Traumatismo Craniano Grave.
- Pinoneia à Hemiplegia
- Sonolento Glasgow 13 (no momento do exame)
- Trauma Fa 4

EXAMES REALIZADOS
Solicito TC de crânio. Rx de Fêmur

TRATAMENTO REALIZADO
Dexametasona Sulfato Fa 4.

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO
(1) Especializado.

DATA: 08/12/2018

ASSINATURA DO MÉDICO

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

Juliana Nunes
Advocacia e Consultoria Jurídica
Juliana Nunes
Advogada OAB/PI 9576

PROCURAÇÃO *AD JUDICIA E AD NEGOTIA*

OUTORGANTE: LEONARDO ALVES LIMA		
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	**PROFISSÃO: TRAB. RURAL**	**TELEFONE:**
RG : 4.432.714	**CPF: 057.058.493-03**	
ENDEREÇO: POVOADO ISIDÓRIA O MIMOSO S/N – ZONA RURAL DE VALENÇA DO PIAUI-PI -CEP:64300-000		

OUTORGADO(S): JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES, inscrita na OAB-PI sob o nº 9576; e **DAVID ARAÚJO MARQUES RIBEIRO**, inscrito na OAB-PI sob o nº 9.704
Com endereço profissional localizado na Rua Epaminondas Nogueira, nº 750, Centro, Valença-PI

PODERES: amplos poderes, *in solidum* ou separadamente, para o foro geral, com a clausula "ad Judicia", em qualquer juízo, instancia ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras, ate final da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe (s), poderes especiais para prestar declarações, receber citação, confessar, reclamar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber e dar quitação, propor execução, requerer falência, habilitar credito em ação ordinária, procedimento sumaríssimo, ação rescisória, embargos, agravos, representando ainda o (a) outorgante, para o fim do disposto nos artigos 447 e 448 do Código de Processo Civil, incluindo também os poderes da procuração "ad negotia", afim de se fazer levantamento de valores creditados em favor do (a) outorgante, através de alvará judicial, RPV ou precatório, junto às instituições financeiras (CEF ou Banco do Brasil), que façam referência aos depósitos judiciais em que o outorgado atuou como patrocinador da ação, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do (a) outorgante.

Valença do Piaui - Pi 03 de MAIO de 2019.

x Leonardo Alves Lima
OUTORGANTE

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT,
CENTRO,VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emêrgencia)
Atendimento:P0225604 Registro:99415
Data: 08/12/2018 Hora: 17:56:00
Funcionario:DANRLEY Tipo:CONSULTA
Senha 47 Sexo: MASCULINO
SUS

LEONARDO ALVES LIMA CPF: 057.058.493-03 - RG: 3432714 - SUS: 163570164630007
Nasc.: 12/05/1993 Idade: 25 ANOS,7 MESES,27 DIAS Profissão: Civil: CASADO(A) CEP:64300-000
End.:MIMOSO, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: **VALENCA DO PIAUI/PI**
Cor: PARDA Telefone: ( ) - Mãe: MARIA HELENA ALVES LIMA Pai: MANOEL BARROS LIMA

Clinica: ***CLINICA GERAL*** Demanda: DEMANDA ESPONTANEA Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clinica/Exame fisico: Paciente sofreu acidente motocicleta há 01 hora Hora: ____:____
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica: 1) Solicito Raio-X de Perna
2) Ir no cadastro

Anotações da Classificação de Risco Hora: 17:57:59

Prioridade:
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: ENC MEDICO (ACIDENTE DE MOTOCICLETA)

Alergias: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA **Medicação Usual:**

PA: 130x7 mmHg TAX: 36,4ºc FR: 0 mrpm SAT 02: 99 Dor:
FC: 101 bpm Glicemia: 0 mg/dl Peso: 0 kg ECG: 0

Observação:

Conduta: ENC CLINICO GERAL

417797 - LÍVIA KELLY DA SILVA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta Hora:
☐ **Alta** ☐ **Óbito** ☐ **Evasão** ☐ **Transferencia** **Destino:**

LEONARDO ALVES LIMA
Paciente ou Responsável

7068 - TALLYS FRANCISCO DA LUZ CAMINHA
Médico Responsável

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO LEONARDO ALVES LIMA
CPF/CNPJ: 05705849303

Posição em 03-05-2019 07:53:21

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
03/05/2019	Negativa Técnica - Sem sequelas	

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

HREP HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA VALENÇA-PI

Secretaria Estadual de Saúde
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV. SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO
VALENÇA DO PIAUÍ - PI

PACIENTE: Leonardo Alves Cap -

LEITO:_____ DATA:____/____/____

FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO EM OBSERVAÇÃO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	RUBRICA
01) Resgate [illegible] 40 cv			
02) VT. K 07 Amp IM			
TALLES LUZ CAMINHA MÉDICO CRM-PI 7061			

Num. 6138197 - Pág. 10

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

Seguradora LÍDER

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento de seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190274413 **Vítima: LEONARDO ALVES LIMA**

Data do Acidente: 08/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEONARDO ALVES LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00000/00010 - carta_pd - INVALIDEZ

00030255

Carta nº 14252273

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI
Hospital Municipal de Pequeno Porte – HMPPNOPI
Rua Inácio Barbosa s/nº - Centro – CEP: 64.530-000 – Novo Oriente do Piauí-PI
Fone: TP:(89) 3475-1285 - CNPJ: 06.554.836/0001-14

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

SENHA: Ao
HOSPITAL: Hospital Regional - Va-Pi

I – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Leonardo Alves Lima.
CNS: _____ **DN:** 17/05/1993 **IDADE:** 25a **ESTADO CIVIL** Casado
ENDEREÇO: Povoado Primavera (Valença do Piauí - PI)
CIDADE DE ORIGEM: Valença do Piauí
RESPONSÁVEL: _____ **TELEFONE:** ( )

II – ENCAMINHAMENTO

Acidente de Trânsito (SIE)
(Colisão moto / moto)

CONDIÇÃOES DO PACIENTE:
Sonolento, Orientado, Linoraqia e Sangramento anal (SIC).

DIAGNÓSTICO
Traumatismo Craniano Grave (= Rinoraqia, Hemotímpano, = Sonolento, Glasgow 13 no momento do exame)

EXAMES REALIZADOS
= Trauma Face, Fratura?
— // — Solicito TC de crânio / Rx de Face.

TRATAMENTO REALIZADO
Dexametasona Sutura Face.

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO
CD – Especializada

DATA: 08/12/2018

Dr. Walter Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM: 2640
457.200.133-72

ASSINATURA DO MÉDICO

Clínica Dr. Helder Oliveira

Av. Prof. João Soares, 966 - Centro
Valença do Piauí-PI
CNPJ: 04.015.067/0001-50

RECEITUÁRIO

Nome: Leonardo Alves Lima.

Paciente vítima acidente de trânsito (SIC) dia 08/12/2018; ao exame: traumatismo craniano grave com fraturas do complexo Órbito-Zigomático maxilar esquerdo, escoriações pelo corpo; sendo submetido à tratamento cirúrgico, alta do tratamento dia 27/03/2019; com redução da capacidade funcional mastigatória de aproximadamente 30%, no momento do exame, associado a cefaleia e visão esquerda embaçada (SIC).

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM 2640
CPF: 287.2[illegible]

Valença do Piauí-PI 08/04/19
CRM 2640.

IDEIA (89) 99974.0096

Saúde é Vida (89) 3465.2647

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI
Hospital Municipal de Pequeno Porte – HMPPNOPI
Rua Inácio Barbosa s/nº - Centro – CEP: 64.530-000 – Novo Oriente do Piauí-PI
Fone: TP:(89) 3475-1285 - CNPJ: 06.554.836/0001-14

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

SENHA: Ao
HOSPITAL: Hospital Regional-Va-PI

I – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Leonardo Alves Lima.
CNS: _____ **DN:** 12/05/1993 **IDADE:** 25a **ESTADO CIVIL** Casado
ENDEREÇO: Povoado Riacho Grande de Baixo - PI
CIDADE DE ORIGEM: Valença do Piauí
RESPONSÁVEL: _____ **TELEFONE:** ( )

II – ENCAMINHAMENTO

Acidente de Trânsito (SIC)
(Colisão moto / moto)

CONDIÇÃOES DO PACIENTE:
Sonolento, Orientado, Pinnaga-à e Sangramento nasal (SIC).

DIAGNÓSTICO
Traumatismo Craniano Grave.
- Pinnaga-à. Hemiparesia
- Sonolento Glasgow 13 (no momento do exame)
- Trauma Face

EXAMES REALIZADOS
Solicito TC de crânio. Raio-X Face

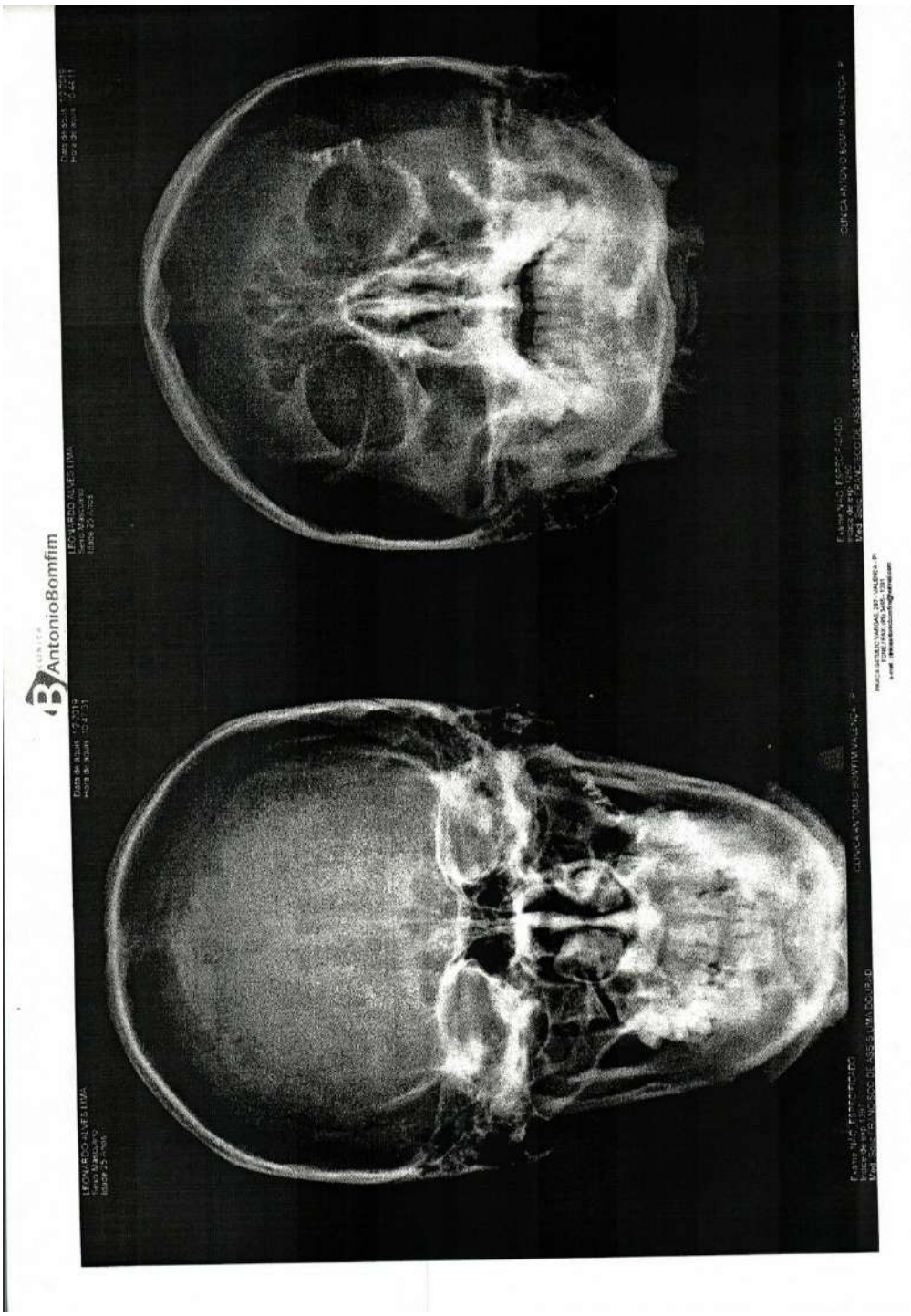
TRATAMENTO REALIZADO
Dexametasona Sulfato Fala.

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO
(1) Especializado

DATA: 08/12/2018

Hélio Gilberto M. de Oliveira
MÉDICO
CRM 2640
CPF 269.139.272

ASSINATURA DO MÉDICO


AntonioBomfim

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013227945524

VIA 1 | COD. RENAVAM 00477934625 | R.N.T.R.C. | EXERCÍCIO 2016

NOME: GILSON RODRIGUES DA SILVA

CPF / CNPJ: 02748493303 | PLACA: OEA-6016

PLACA ANT / UF: - | CHASSI: 9C2KC1670CR554974

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NENHUMA | COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI | ANO FAB.: 2012 | ANO MOD.: 2012

CAP / POT / CE: 02P/0149CC | CATEGORIA: PARTICU | COR PREDOMINANTE: CINZA

IPVA
COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC / COTAS 1ª IPVA
FAIXA I.P.V.A. | PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) | DPVAT (R$) | PRÊMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES: SEM RESTRIÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL: NOVO ORIENTE DO PIAUI | 26/06/2016

DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013227945524 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 | DATA EMISSÃO 26/06/2016

VIA 1 | CPF / CNPJ 02748493303 | PLACA OEA-6016

RENAVAM 00477934625 | MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2012 | CAT. TARIF. 09 | Nº CHASSI 9C2KC1670CR554974

PRÊMIO TARIFÁRIO
000,00 (R$) | 000,00 (R$) | 000,00 (R$)

000,00 (R$) | 000,00 (R$) | 105,56 (R$)

PAGAMENTO: X COTA ÚNICA | PARCELADO | 26/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

019191026

equatorial ENERGIA
cepisa

Para contato conosco, informe esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO
1480720-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 019191026

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
MARCO/2019	26/03/2019	48	18,73

LEONARDO ALVES LIMA
PV ISIDORIA Ø MIMOSO
CPF: 00005705849303
CEP: 64.300-000 – VALENCA DO PIAUI

B-RURAL
ROT: 33.750.13.81.146300

DADOS DA LEITURA

	kWh
Atual:	1761
Anterior:	1713
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo Medido:	48
Consumo Faturado:	48

Forma de Faturamento: NORMAL
Código de Irregularidade: FCAH

DATAS DA LEITURA

Atual:	19/03/2019
Anterior:	15/02/2019
Próxima Leitura:	17/04/2019
Emissão:	18/03/2019
Apresentação:	19/03/2019
Dias de Consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID.BX.RENDA	MONO	A3561833		1.4.1.1	48

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	
FEV/19	49
JAN/19	45
DEZ/18	41
NOV/18	59
OUT/18	58
SET/18	54
AGO/18	55
JUL/18	41
JUN/18	50
MAI/18	43

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,210590
31 A 45 - 0,361828

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	30 A R$ 0,228653 =	6,85
	18 A R$ 0,391986 =	7,05
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		3,04
DIFERENCA DE TARIFA		18,60
SUBVENCAO BAIXA RENDA		17,14-
MULTA POR ATRASO 02/19-00		0,31
JUROS POR ATRASO 02/19-00		0,02

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Ate o dia 18/03/2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 3EC4.C87E.7E77.32AD.8504.FDFB.D019.0826

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	8,65
Energia:	16,70
Transmissão:	2,82
Encargos:	1,78
Tributos:	2,55

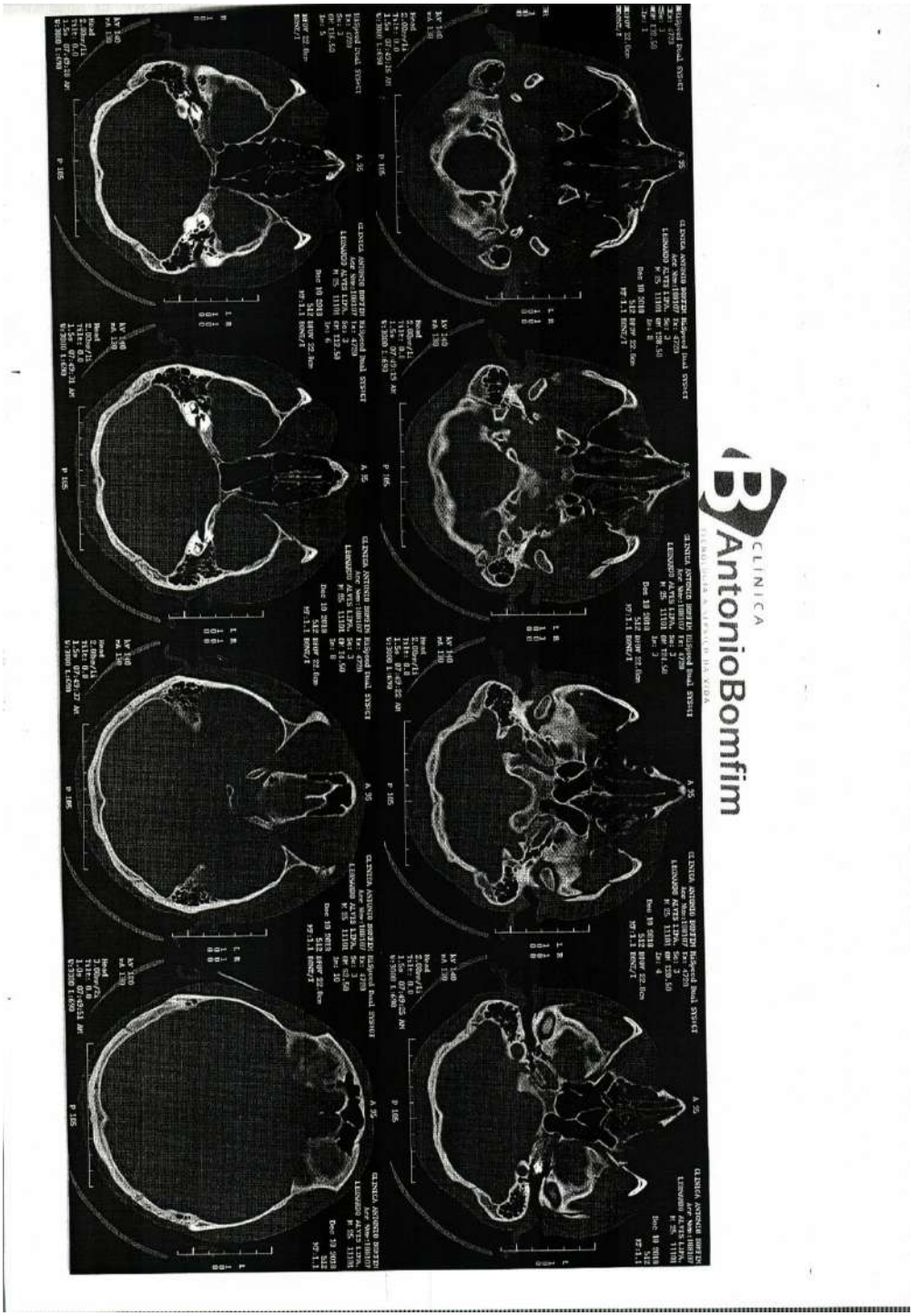
IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo:		32,50
Alíquota ICMS:		
Valor do ICMS:		
Valor do PIS:	1,41%	0,45
Valor do COFINS:	6,49%	2,10

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunto: Período de apuração: 01/2019 EUSD: 0,00


CLINICA
AntonioBomfim

Nome: LEONARDO ALVES LIMA,
Data: 10/12/2018
Solicitante: .
Convênio: PARTICULAR
Código: 11101

Clínica Antonio Bomfim

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10 mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal

RELATÓRIO:

- Parênquima encefálico com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

- Ventrículos laterais, 3° e 4° ventrículos com formas/dimensões normais.

- Não há desvio da linha média.

- Sulcos e fissuras de aspecto normal em relação a idade.

- Cisternas basais sem alterações.

- Ausência de calcificações patológicas.

- Fraturas na parede lateral da órbita esquerda e no osso zigomático correspondente.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

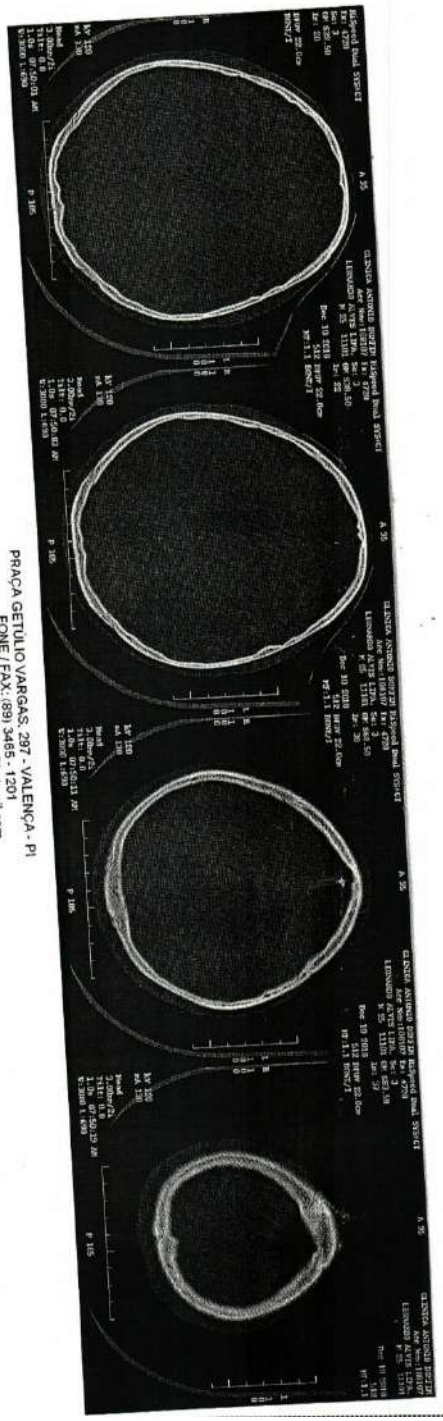
Fraturas na parede lateral da órbita esquerda e no osso zigomático correspondente.

(02 filmes)

Obs.: Exame realizado em Tomógrafo Multislice que reduz pela metade o tempo de exposição à radiação ionizante.

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145



PRAÇA GETÚLIO VARGAS, 297 - VALENÇA - PI
FONE / FAX: (89) 3465 - 1201
e-mail : clinicaantoniobomfim@hotmail.com

Nome: LEONARDO ALVES LIMA
Data: 01/02/2019
Solicitante: FRANCISCO DE ASSIS LIMA DOURAD
Convênio: PARTICULAR
Código: 11101

Clínica Antonio Bomfim
TECNOLOGIA A SERVIÇO DA VIDA

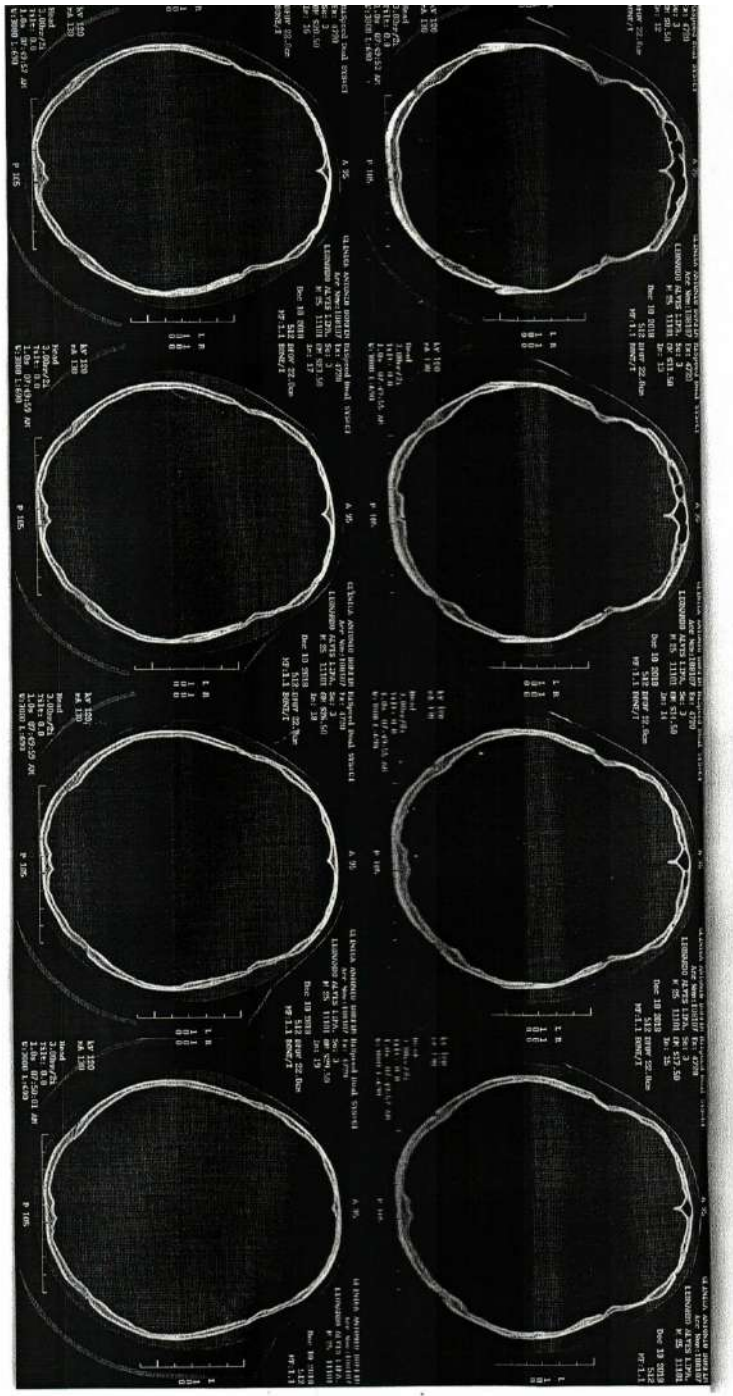
RX SEIOS DA FACE (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fraturas na órbita esquerda e no osso zigomático homolateral.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Discreto desvio do septo nasal para a esquerda.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145



CÚ IF 237/01

436

FEPISERH

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

HGV

Leonardo Alves Lima

Dr. Fabricio Serra

24/12/18

PRONTUÁRIO MÉDICO

INTERNAÇÃO REGULAÇÃO

ELETROCA...
21.12.18 HORA: 11:20

GESTOR SAÚDE 159528
At- 850194

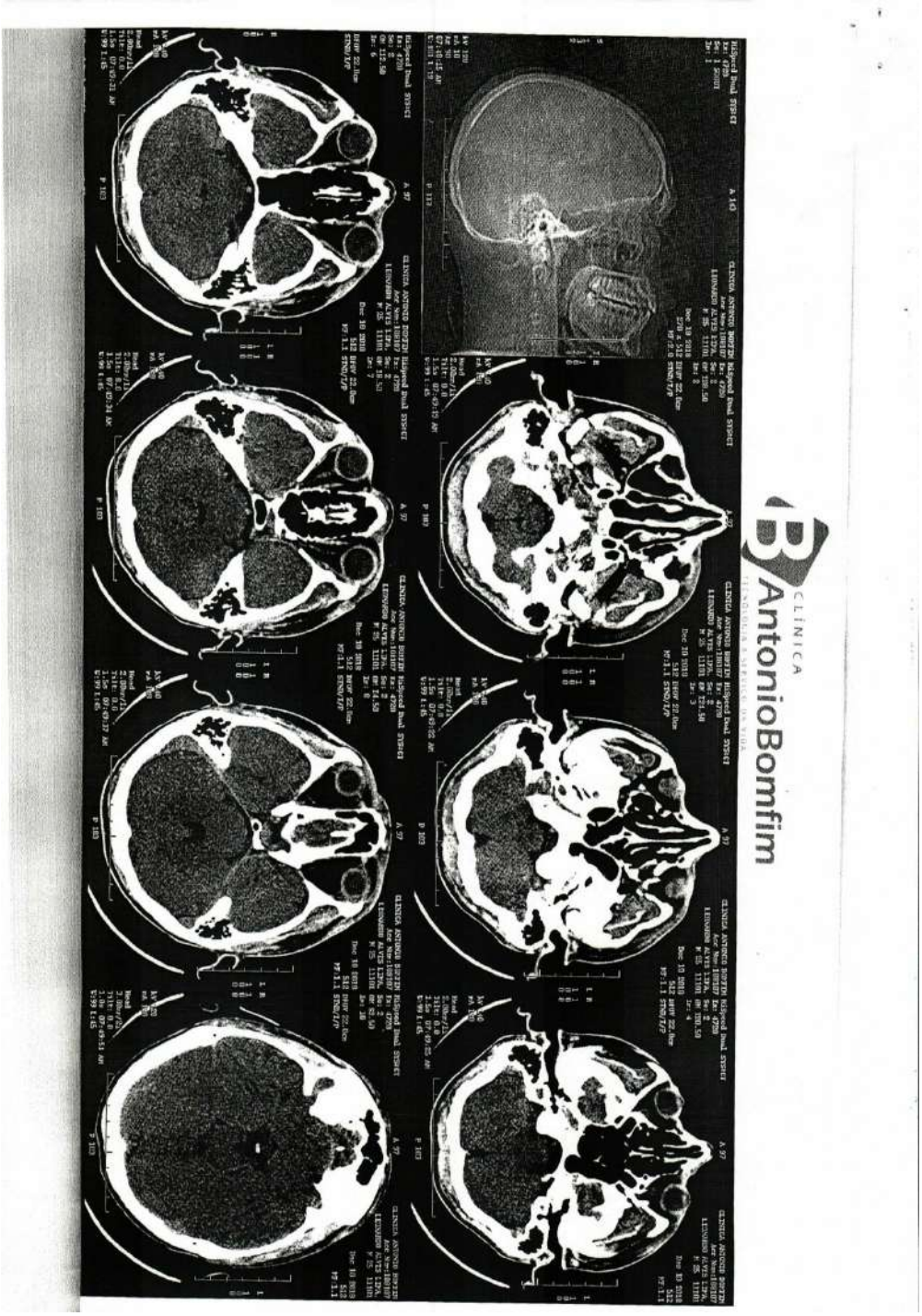
TC raca s/c
17 12 18 9h
Dayane

23-01-19

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/03/2019
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/ MAT: 019065

23 JAN 2019

Junior
Faturista


CLÍNICA
AntonioBomfim

SUMÁRIO DE ALTA

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento: 850194

Paciente: LEONARDO ALVES LIMA		Idade: 25 Anos 7 Meses 3 Dias	Sexo: M	Prontuário: 436560
Endereço: POV MIMOSO		Nº 0	Bairro: ZONA RURAL	Cidade: VALENÇA DO PIAUI
UF: PI	DT. Nasc: 12/05/1993	Profissão: TRABALHADOR RURAL	Telefone: 89 -9993.70116	CPF: 057.058.493-03
Cartão SUS: 163570164630007				

Internação: 14/12/2018	**Alta** 23/12/18 às 08:54	**Permanência:** 09 dias

Diagnósticos:

CID Principal:: 1 0

CID Secundário: S 0 2 . 7

CID Causa Morte:

Situação na Admissão: Paciente orientado, deambulando, normocorado e eupneico, apresentando diagnóstico clínico de malunião de fratura de complexo órbito zigomático-maxilar (E), e queixa apresentava perda da projeção maior (E) e alopecia na margem infraorbitária (E)

Evolução e Situação na Alta: paciente orientado, receptivo, deambulando, normocorado e eupneico, atualmente apresentou restabelecimento da projeção maior (E) redução da alopecia em margem infraorbitária (E)

Medicações Utilizadas: Keflin 8g, Tilatil 20mg; Dexametasona 2mg; Dipirona 2cc; Ranitidina 50mg

Cirurgia: Data: 22/12/18 **Tipo:** Osteossíntese de fratura de complexo órbito-zigomático-maxilar com placas intraora rígidas em dois nestor (pilar zigomático-maxilar e pilar frontal zigomático)

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência: avaliação ambulatorial

Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curado ☐ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☒ 1.5. Alta com prev. retorno ☐ 1.6. Evasão
☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Administrativo

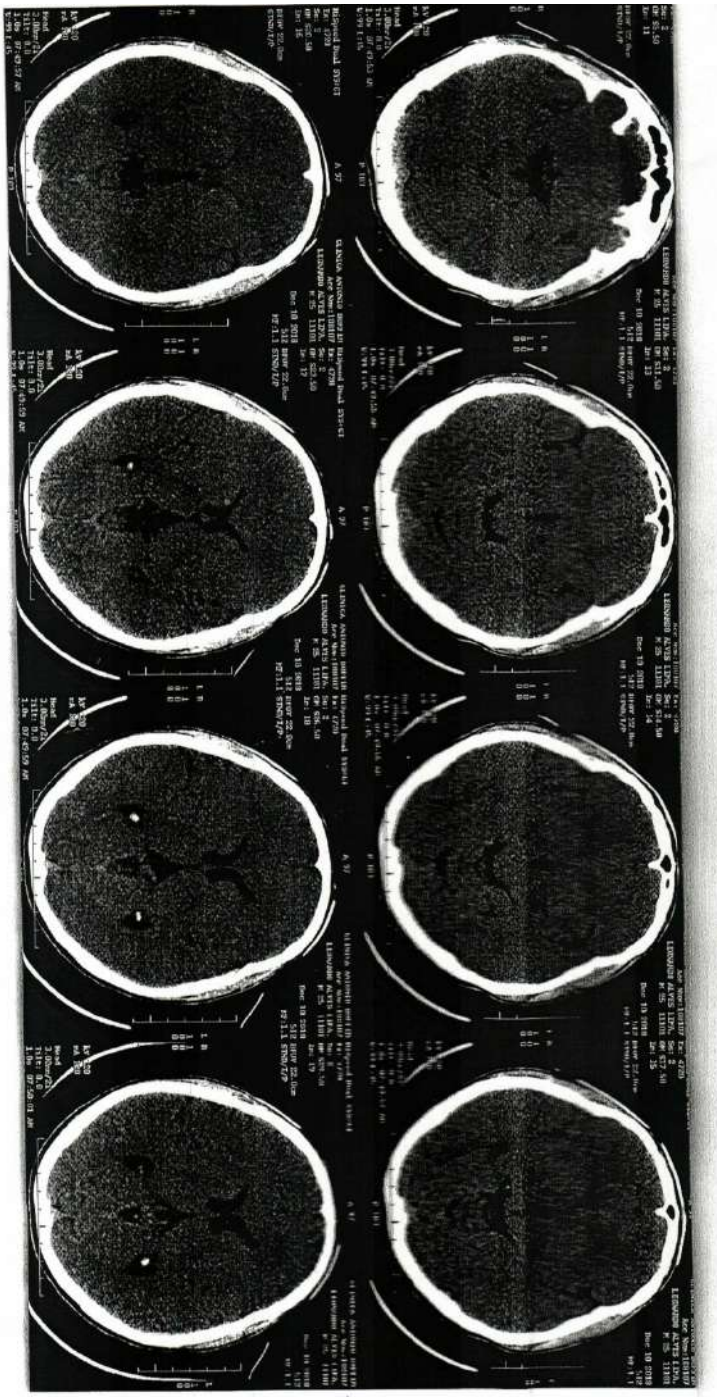
Transferência:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome: Leonardo Alves Lima

Dr. Caio Cesar Silva França
Esp. Cirurgião Traumatologia Buco Maxilo Facial
CRO 4478 PI
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento: **850194**

Prontuário: 436560 **LEONARDO ALVES LIMA**
Endereço: POV MIMOSO
Cidade: VALENCA DO PIAUI 0 ZONA RURAL **UF:** PI **CEP:** 64300-000

Sexo: M **DT. Nasc:** 12/05/1993 **Idade:** 25 Anos 7 Meses 3 Dias **Estado Civil:** C **Profissão:** TRABALHADOR RUR
Cadastro: 14/12/2018 **Telefone:** 89 9993.70116 **Cartão SUS:** 163570164630007 **CPF:** 05705849303

Pai: MANOEL BARBOSA LIMA
Mãe: MARIA HELENA ALVES LIMA
Cônjuge:

Responsável: VALERIA DA CONCEICAO SILVA
Endereço: POV. MIMOSO
Cidade: 2978 0 ZONA RURAL **UF:** PI **CEP:** 64300-000

Constancia
Funcionário do SAME

Queixa Principal:

H.D.A.

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:
Geral:
Cabeça e Pescoço:
Tórax:
Abdomen:
Membros:
Genitais:
Específicos

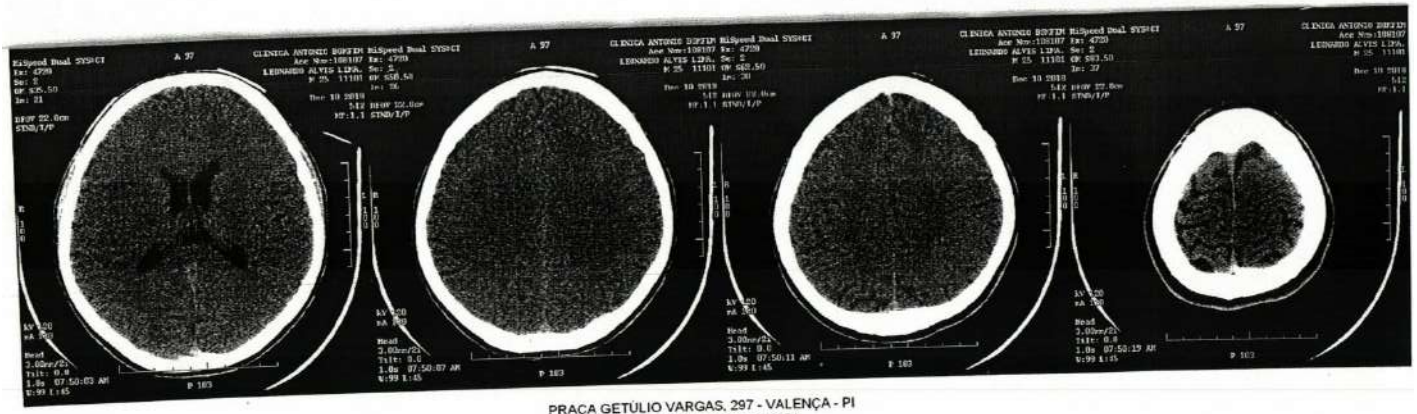
Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

Data / Hora: ___/___/_____ ___:___

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL



PRAÇA GETÚLIO VARGAS, 297 - VALENÇA - PI
FONE / FAX: (89) 3465 - 1201
e-mail : clinicaantoniobomfim@hotmail.com

Num. 6138197 - Pág. 29
Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

GESTOR SAÚDE 159528

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	2 - CNES 2726971	Atendimento
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL GETULIO VARGAS	4 - CNES 2726971	850194

Identificação do Paciente

5 - Nome: LEONARDO ALVES LIMA — 6 - Prontuário: 436560

7 - CNS: 163570164630007 — 8 - Nascimento: 12/05/1993 — 9 - Sexo: M — CPF: 057.058.493-03

11 - Mãe: MARIA HELENA ALVES LIMA — 12 - Fone: 89-9.99370116

13 - Resp: VALERIA DA CONCEICAO SILVA — 14 - Cor: PARDA

15 - Ender:: POV MIMOSO 0 ZONA RURAL — 19 - CEP: 64300-000

16 - Munic: VALENCA DO PIAUI — 17 - Cod. IBGE: 221130 — 18 - UF: PI — RG: 34327-14

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clinicos:

21 - Condições que justificam a Internação:

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

23 -Diagnostico Inicial: — 24 - Cid Princ.: S024 — 25 - Cid Sec.: _____ — 26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado: — Tempo SUS 3

0404020526 OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR

29 - Clinica:	30 - Carater::	Ident.:	31 - Documento:	32 Doc. Med. Solic.
CL. CIRURGICA II	02	1	CPF	77871383353

33 - Nome Profissional / Assistente: FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA

34 - Data de Solicitação: 14/12/2018

35 - Ass., Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Serie
37 - ( ) Acidente de Trabalho Tipico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR.
38 - ( ) Acidente de Tabalho Trajeto.			

45 - Vinculo com a Previdência. ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desenpregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização.
48 - Documento	49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Valéria da Conceição Silva

Usuário: CONSTANCIA.CAVALC.
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão 8:26:21

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

N° LAUDO: [illegible]

AIH: 2218101186103

FORMA DE ENTRADA: PROPRIO ESTABELECIMENTO

Aih Faturada

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV	2726971

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV	2726971

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
163570164630007	LEONARDO ALVES LIMA	12/05/1993	M	436590

DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
05705849303		89999370116	MARIA HELENA ALVES LIMA	VALERIA DA CONCEICAO SILVA

CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE
64300000	POV. MIMOSO	0

BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF
ZONA RURAL		VALENÇA DO PIAUI	PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE ADMITIDA NESTE HOSPITAL, VIA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO, SOFREU ACIDENTE MOTOCICLISTA HÁ 03 DIAS COM FRATURA NA PAREDE LATERAL DA ORBITA ESQUERDA E NO OSSO ZIGOMATICO ESQUERDO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404020526 - OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMATICOMAXILAR

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(N° DO CONSELHO))
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA CPF: 778713833353 CRM:

CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO
URGENCIA	14/12/2018

DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
14/12/2018 22:51	23/12/2018 12:46	MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	N° DO BILHETE	SERIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(N° DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIO FLAVIO SANTOS FERREIRA CPF: 55376833391 CRM: DATA ANALISE: 15/12/2018 06:53:08	CPF CRM DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/03/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/ MAT: 019065-0

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 159528

AIH: 2218101186103

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV — CNES: 2726057

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV — CNES: 2726057

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
163570164630007	LEONARDO ALVES LIMA	12/05/1993	436562	M

DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
05705849303	89999170116	MARIA HELENA ALVES LIMA	VALERIA DA CONCEICAO SILVA

CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE
64300000	POV. MIMOSO	0

BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF
ZONA RURAL		VALENÇA DO PIAUÍ	PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMATICOMAXILAR

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0404020526

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR — CÓDIGO:

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA — CÓDIGO:

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

0802010199 - DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR QTDE.: 1
0802010016 - DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO COM PERNOITE QTDE.: 3
0206010044 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE SEIOS DA FACE ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES QTDE.: 1
0702050482 - PLACA DE TITANIO SISTEMA MINIMICROFRAGMENTOS INCLUI PARAFUSOS QTDE.: 2

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
980016004249764	14/12/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: LUCIO FLAVIO SANTOS FERREIRA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
181943900230018		15/12/2018 06:53:05

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/03/19
Edna Maria Amorim da Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-0

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

HGV

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: 2 A LEITO: 234 A PRONTUÁRIO: 47500

NOME: Francisco [illegible] DATA DE NASC. __/__/__

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frat. do Complexo Zigomático maxilar Esquerdo

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA:

CIRURGIA: Osteossíntese do complexo zigomático maxilar (E)

CIRURGIÃO: Dr. Ferro Nº SALA: 10

AUXILIARES: 1º CRM-PI: 1578

INSTRUMENTADORA 2º

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: CIRCULANTE:

01. Anestesia intra e extra oral
02. Infiltração com Lidocaína 2% com vasoconstritor
03. Acesso na região zigomática (E) e vestíbulo da maxila (E)
04. Bloqueio intermaxilar com fio de aço 4
05. Redução e fixação com 02 placas 10 perfurações de 1,5 mm
06. Sutura dos acessos
07. Remoção do Bloqueio intermaxilar
08. Curativo em pele
10. Fim da Cirurgia.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: ——

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: ( ) SIM (X) NÃO ESTIMADA: _____ ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: ( ) SIM (X) NÃO QUAL?

DATA: 22/12/2008 HORA: _____

Dr. Antonio Henrique Borges Filho
Cirurgião Traumatologista
CRM-PI

MOD. 14 – HGV

CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 10 DATA/19

MATERIA' 'TILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES		
SORO FISIOLÓGICO 0,9g%--ml-	frasc	
SORO FISIOLÓGICO 0,9g%--ml-	frasc	
SORO GLICOSADO 5g%-- ml	frasc	
RINGER LACTADO ml	frasc	
AGUA DESTILADA ml	frasc	
AGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	amp	
MANITOL 3% 2000 ml	frasc	
FORMOL	ml	
AGUA OXIGENADA	ml	
ALCOOL 70%	ml	
P.VP.I DEGERMANTE	ml	
P.VP.I TOPICO	ml	
CLOREXIDINA	ml	
BSS 300ml	ml	
VOLUVEM 8% 500ml	frasc	
	frasc	
FIOS		
NAYLON Nº	Und	
NAYLON Nº	Und	
CAT GUT SIMPLES Nº	Und	
CAT GUT CROMADO Nº	Und	
CAT GUT CROMADO Nº	Und	
ALGODÃO C/ AGULHA Nº	Und	
ALGODÃO S/ AGULHA Nº	Und	
VICRYL Nº	Und	
VICRYL Nº	Und	
PROLENE Nº	Und	
PROLENE Nº	Und	
MONOCRYL Nº	Und	
PDS Nº	Und	
LUVAS		
PROCEDIMENTO		
ESTÉRIL Nº	PAR	
ESTÉRIL Nº	PAR	
ESTÉRIL Nº	PAR	
	PAR	
SONDAGEM		
SONDA URETRAL Nº	Und	
SONDA DE FOLEY 2V Nº	Und	
SONDA DE FOLEY Nº 3V	Und	
SONDA NASOGASTRICA Nº	Und	
SONDA NASOENTERAL Nº	Und	
COLETOR DE URINA FECHADO	Und	
COLETOR DE URINA ABERTO	Und	
XILOCAÍNA GELÉIA 2%	tub	
SONDA RETAL Nº	Und	
VASELINA	tub	

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
AGULHAS E SERINGAS		
AGULHA DE RAQUE Nº	und	
AGULHA PERIDURAL Nº	und	
AGULHA 25X7	und	
AGULHA 30X7	und	
AGULHA 40X12	und	
AGULHA DE INSULINA	und	
ESCALP Nº	und	
JELCO Nº	und	
SERINGA DE 60ml	und	
SERINGA DE 20 ml	und	
SERINGA DE 10 ml	und	
SERINGA DE 5ml	und	
SERINGA DE 3ml	und	
SERINGA DE 1ml	und	
DRENOS		
DRENO DE PENROSE Nº	und	
DRENO DE SUCÇÃO Nº	und	
DRENO DE TORAX Nº	und	
DRENO DE KHER Nº	und	
OUTROS MATERIAIS		
LAMINA DE BISTURI Nº 24	Und	
LAMINA DE BISTURI Nº	Und	
GASES	pct	
ESPARADRAPO	cm	
MICROPORE	cm	
COMPRESSAS	Und	
ALGODÃO	Und	
EQUIPO MACROGOTAS	Und	
EQUIPO	Und	
EQUIPO P/ SANGUE	Und	
TORNEIRINHA	Und	
POLIFIX	Und	
TRANSOFIX	Und	
ERIGOPLAS——VIAS	Und	
ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	Und	
CATETER DUPLO "J"	Und	
CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	Und	
TUBO ORO TRQUEAL Nº	Und	
FILTRO BACTERIOLOGICO P/TOT	Und	
CAPA PARA VIDEO	Und	
CAPA PARA MICROSCOPIO	Und	
LENTE INTRA OCULAR Nº	Und	

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

IR CULANTE-COREN **HORA_____** **INSTRUMENTADORA-COREN**

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

MOD. 90 - HGV

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

PACIENTE: [illegible]
DATA: [illegible] LEITO DE RCUPERAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA: [illegible] HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: [illegible]
TIPO DE ANESTESIA: Geral ALERGIA A:

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'					SAÍDA
	HORÁRIOS									
P. A.	165x62				160x70					
F. C./PULSO	69				78					
TEMPERATURA					36					
OXIMETRIA	100%				100%					

EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'		SAÍDA
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao chamado = 0	2			2
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	2			2
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispnéia = 0 Apnéia = 1	2			2
CIRCULAÇÃO (PA) 20% do nível pré-anestésico = 2 20 – 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	2			2
SpO_2 Mantém SpO_2 > 92% em ar ambiente= 2 Mantém SpO_2 > 90% em O_2 = 1 Mantém SpO_2 < 90% em O_2= 0	2			2
TOTAL DE PONTOS **APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS**	9			10

ESCALA DA ESCORE DA DOR

0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)

CONTROLES

- OXIGENOTERAPIA ( )
- PUNÇÃO VENOSA CENTRAL ( )
- SONDA NASOGASTRICA ( )
- SONDA NASOENTERAL ( )
- SONDA VESICAL DE DEMORA ( )
- DRENO DE KHER ( )
- DRENO PENROSE ( )
- DRENO TORAX ( )
- DRENO SUCÇAO ( )
- DRENO LAMINAR ( )
- COLOSTOMIA ( )
- GASTROSTOMIA ( )
- TRAQUEOSTOMIA ( )

RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM: [illegible]

Entregue:	( ) EX. LABORATORIAIS	( ) RX	( ) RECEITA MÉDICA	( ) ATESTADO MÉDICO	( ) F. NÃO PADRONIZADO
Encaminhado a:	( ) UTI	(x) RX	(✓) ENFERMARIA	( ) EXTERNO	

Anestesiologista – CRM

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CÓPIA ORIGINAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
BOLETIM DE ANESTESIA

Fentanil = até 21.4 Ch antes
Morfina = não
Tolergina = não

DATA 33/03/18 | PRONTUÁRIO

PACIENTE	DATA DE NASC.	IDADE	PESO	LEITO
Leonardo Alves Lima	/ /	25	62 kg	11

PROCEDIMENTO: TTC [illegible] | ESTADO FISICO: ASA

PRESSÃO ARTERIAL	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS
						15 - 200 CCC

HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	CREATININA
16	41,3			

OXIGÊNIO
SEVOFLURANO

G F R H P

SFG 9% - 500 ml
RL - 500 ml + 500 ml

SaO2(%)
EtCO2

CÓDIGOS: X - INÍCIO E FIM DA ANESTESIA; V - P.A. SISTÓLICA; A - P.A. DIASTÓLICA; R - FREQ. CARDÍACA; L - P.A. MÉDIA; O - TEMP.

SÍMBOLOS
DIURESE

SEQUÊNCIA
- Mon York
- Nc Umbro
- G. Ind + Ind.
- Vimoc + ICT
- Monit. hc Cmc
- ATB
- Demora medic.
- Ext. em S.O.

INÍCIO | FIM | DURAÇÃO

Técnica Anestésica: Geral
Observações:

☑ ECG ☐ PVC ☑ Oxímetro ☐ ____
☐ PAM ☒ FANI ☐ Capnógrafo ☐ ____

GASES	ℓ/min	Início	Fim	Tempo
Oxigênio	1,5			
Ar Medicinal	4,5			

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	1	Amp	Dopamina		Amp	Neostigmina	4	Amp	Remifentanil		Amp
Adrenalina		Amp	Dormonid		Amp	Nipride		Amp	Repitidina		Amp
Água dest. 10ml		Amp	Efortil		Amp	Noradrenalina		Amp	Ringer-Lactado		Frasc
Cipro 500mg		Fras	Efedrina		Amp	Neocaina 0,5% Pesada		Amp	Sufentanil		Amp
Cefazolina 1g	2	Amp	Fentanil (p/ coxa)		Amp	Neocaina 0,5% Isobar		Amp	S. Fisiolog. 0,9%		Frasc
Clonidina	1	Amp	Fentanil (braço)	4 ml	Fras	Omeprazol		Fras	S. Glicosado 5%		Frasc
Colóide ( )		Fras	Sevoflurano		Ml	Pancurônio		Amp	Tracrium		Amp
Dexametasona	1	Amp	Hidrocortisona		Fras	Profenid		Amp	Transamin		Amp
Diazepam		Amp	Isoflurano		Ml	Propofol	10 ml	Fras	Novalgin 0,5 v		Frasc
Dimorf		Amp	Manitol		Fras	Protamina		Amp	Lidocaina 2% v		Frasc
Dipirona	2	Amp	Metronidazol		Fras	Quelicin		Fras			
Dobutamina		Amp	Narcan		amp	Quetamina	1 ml	Fras			

Metoclopramida - 1 amp
Ondansetrona - 1 amp
Metoclopramida 1 amp

Citrato de fenta - 1 fr.

Anestesiologista - CRM

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 10/08/2019

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO GERAL

Dados do Paciente

Nome: LEONARDO ALVES LIMA
Prontuário: 436560
Cartão SUS: 163570164630007
Nascimento: 12/05/1993
Estador Civil: Casado

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal

Nome: VALERIA DA CONCEICAO SILVA
Estado Civil: Casado
Parentesco: ESPOSO (A)
CPF:

Eu, _____
(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença _____
_____
devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____
_____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 14/12/2018

Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86-3221-3040

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

FEPISERH
Fundação Estatal Piauiense de Serviços Hospitalares

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

HG

HISTóRICO DE ENFERMAGEM

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: Leonardo Alves Lima Data de Nascimento: 12/05/93
Cidade de origem: Valença

II – ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL

Religião/Crença: Católico
Profissão: Trabalhador rural
Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino fundamental (X) Ensino médio ( ) Superior
Barreira na comunicação: (X)Não ( )Sim.
Qual? —
Apresenta deficit: (X)Não ( ) Sim. Qual? ( ) Visual ( ) Auditivo ( ) Motor
( )Outros: —
Transtorno mental: (X)Não ( )Sim.
Qual? —

2 ITENS POSITIVOS: ACIONAR SERVIÇO SOCIA

III – ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)

(X)Não possui ( )Hipertensão Arterial ( )Dislipidemia ( )Diabetes *melitus* ( )Insuficiência Renal Crônica / Aguda
( )Cardiopatias ( )Câncer ( )Tabagismo ( )Etilismo ( )Usuário de drogas ilícitas ( )Outro:

Faz uso de medicamentos? (X)Não ( )Sim

NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	VIA	DOSE	HORÁRIO
—							
—							
—							
—							
—							

ACIONAR FARMACEUTIC

IV – EXAME FÍSICO

a) SINAIS VITAIS:
_____ P: _____ ( )Filiforme ( )Cheio ( )Rítmico ( )Arrítmico T:
FR: _____ Oxigênio: ( )Sim (X)Não Dor: (X)Não ( )Sim, Onde? —
Características: —

b) DADOS ANTROPOMÉTRICOS E ASPECTOS NUTRICIONAIS

Altura: _____(m) Peso: _____(Kg)
Perda de peso nos últimos 3 meses: (X)Não ( )Sim, Peso perdido: _____ (Kg)
Histórico de: ( )Sonda ( )Gastrostomia ( )Nefropatia ( )Neoplasia de cabeça/pescoço
( )Neoplasia de trato gastrointestinal ( )Transplante ( )Obesidade mórbida III (IMC>50Kg/m2)

2 ITENS POSITIVOS ACIONAR A NUTRICIONIST (Atenção nutricional)

c) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
(X)Consciente (X)Orientado ( )Desorientado ( )Comatoso ( )Sonolento ( )Sedado ( )Torporoso
ESCALA DE COMA GLASGOW:

d) ASPECTO EMOCIONAL: (X)Calmo ( )Tenso ( )Agitado ( )Apático ( )Eufórico
( )Agressivo ( )Triste ( )Outra alteração. **Qual?**

2 ITENS POSITIVOS ACIONAR O PSICóLOGO

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/03/04
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-0

MOD. 204 - HGV

e) CABEÇA
Couro Cabeludo: (X)Sem anormalidades ( )Ferimento ( )Hematoma. Alterações:
Face: ( )Simétrica ( )Assimétrica ( )Ferimento (X)Hematomas
Nariz: (X) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Sem anormalidades ( ) Secreção ( ) Lesão ( ) Epistaxe
Pupilas: (X)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )Reativa ( )Arreativas ( )Mióticas ( )Midriáticas ( )Puntiformes ( )Médias
Olhos: (X)Normal ( )Hemorragia ( )Icterícia de esclerótica ( )Baixa acuidade visual ( )Lentes corretivas
( ) Processo inflamatório/infeccioso
Ouvidos: (X)Normal ( )Otorragia ( )Lesão. Outros:
Boca: (X)Sem anormalidades ( )Cáries ( )Falhas dentárias ( )Prótese ( )Lesão

f) SISTEMA RESPIRATÓRIO
Padrão: (X) Eupnéico ( )Bradipnéico ( )Taquipnéico ( )Dispnéico ( )Tiragem intercostal
Inspeção pulmonar: (X)Normal ( )Diminuída ( )Simetria ( )Assimetria
Ausculta: Murmurio vesicular: (X)Presente ( )Diminuído ( )Ausente
Ruidos adventicios: ( )Roncos ( )Sibilos ( )Estertores ( )Tosse
Tipo:
Alterações:
Aporte de O2: ( )Traqueostomizado ( )TOT ( )VM ( )Macronebulização ( )O2 sob cateter nasal
( )O2 venturi

ACIONAR O FISIOTERPEUTA, QUANDO O PACIENTE APRESENTAR TIRAGEM INTERCOSTAL

g) SISTEMA CARDIOVASCULAR
Perfusão Periférica: (X) Normal ( ) Diminuída ( ) Cianose Outros:
Ausculta cardíaca: (X) Normal ( ) Bradicardia ( ) Taquicardia Ritmo: ( ) Regular ( ) Irregular
Acesso Venoso: ( ) Sim (X) Não Qual:
Faz uso de marcapasso: ( ) Sim (X) Não Há quanto tempo:

h) SISTEMA GASTROINTESTINAL
Abdomen: (X)Flácido ( )Tenso ( )Plano ( )Globoso (X)Simétrico ( )Assimétrico ( )Escavado ( )Distendido
( )Timpânico ( )Doloroso
Ruidos Hidroaéreos: (X)Ausente ( )Presente. tipo: ( ) Hiperativos ( ) Hipoativos
Estomias: (X)Não ( )Sim Qual?
Dieta: Tipo: (X)Enteral ( )Parenteral **Vias:** (X)Oral ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( ) Jejunostomia ( )Gastrostomia
Aceitação da dieta (X)Sim ( )Não ( )Parcialmente
Eliminações Intestinal: (X)Normal ( )Constipação ( )Diarréia ( )Melena ( )Enterorragia ( )Obstipação

i) MUSCULO ESQUELÉTICO
Deambulação: (X)Sem auxilio ( )Com auxilio, Qual dispositivo? ( )Muleta ( ) Andador
Utiliza prótese/órtese? (X)Não ( )Sim. **Onde?**
Sensibilidade: (X)Não ( )Sim. **Tipo:** ( )Paresia ( )Parestesia ( ) Direito ( ) Esquerdo
Déficit motor: (X)Não ( )Sim. **Tipo:** ( )Hemiplegia ( )Hemiparesia ( ) Direito ( ) Esquerdo
( )Tetraplegia
Tonicidade: (X)Rígido ( )Flácido ( ) Direito ( ) Esquerdo
Imobilização: (X)Não ( )Sim. ( ) Direito ( ) Esquerdo

ACIONAR O FISIOTERPEUTA, QUANDO O PACIENTE APRESENTAR PARESIA E/OU HEMIPARESIA

j) MUSCULO ESQUELÉTICO
Deambulação: ( )Sem auxilio ( )Com auxilio, Qual dispositivo? ( )Muleta ( ) Andador
Utiliza prótese/órtese? ( )Não ( )Sim. **Onde?**
Sensibilidade: ( )Não ( )Sim. Tipo: ( )Paresia ( )Parestesia
Déficit motor: ( )Não ( )Sim. Tipo: ( )Hemiplegia ( )Hemiparesia ( )Tetraplegia
Tonicidade: ( )Rígido ( )Flácido
Imobilização: ( )Não ( )Sim. **Qual?**

l) SISTEMA TEGUMENTAR
Pele: (X)Íntegra ( )Desnutrida ( )Hidratada ( )Desitradada ( )Normocorada ( )Hipocorada ( )Icterícia ( )Edema
( )Lesionada. **Onde?** **Escala de Braden:**

Em caso de presença úlcera por pressão
( )Inclassificável ( )Suspeita de lesão profunda
Classificação: ( )Estágio 1 ( )Estágio 2 ( )Estágio 3 ( )Estágio 4

EM CASO DE SUSPEITA DE ÚLCERA, ACIONAR A COMISSÃO DE CURATIVO DO HGV

m) APARELHO GENITOURINÁRIO
Urinário: (X) Espontânea ( ) Incontinência ( ) Retenção Urinária ( ) Fralda
Dispositivo Urinário: (X)Não ( )Sim. **Qual?** ( )Sonda de alivio ( )Sonda de Foley ( )Cistostomia
Alterações: ( )Ardência ( )Leucorréia ( )Prurido ( )Disúria ( )Oligúria ( )Poliúria ( )Anúria ( )Hematúria

1100.204 - HGV

GETÚLIO VARGAS NACIONAL

b) PADRÃO DE SONO: (X)Bom ( )Regular ( )Ruim ( )Insônia ( )Uso de sedativo-calmantes: (X)Não ( )Sim

c) SISTEMA REPRODUTOR: ( ) Menarca ( ) Menopausa ( ) Primípara ( ) Multipara Não se aplica (x)

V) RISCOS: ( )Não (X)Sim. Qual? (X) Queda ( ) UPP ( ) Flebite

Alergia: (X)Não ( )Sim. Qual?

VI) CIRURGIAS Você já realizou alguma cirurgia: (X)Não ( ) Sim.

Qual(is):

Qual o ano?

(VII) NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL – ESPECIFICAR:

Pessoa envolvida no processo de educação: ( ) Paciente ( ) Acompanhante ( ) Familiar

Deseja receber orientações educativas? ( ) Não ( )Sim

Emque necessidade: ( ) Cirurgia ( ) Pós-alta ( ) Hábitos alimentares/Dietoterapia ( ) Autocuidado/Hábito de vida diária:

Tratamento específico:

( )Outro

(VIII) NECESSIDADE ESPECIAIS:

O paciente faz parte de populações especiais? (X)Não ( )Sim

( )Criança
( )Adolescente
( )Indígena
( )Idosos debilitados
( )Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos
( )Outro. Qual?

2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?

( ) Alimentação
( ) Deambulação/ Mobilidade
( ) Sono e repouso
( ) Acompanhante
( ) Linguagem
( ) Surdo e mudo
( ) Comunicação
( ) Outros. Qual?

3. Registre os cuidados especiais a seremrealizados.

IX) INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/08/19
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 019065-A

Trouxe exames? (X)Não ( )Sim. Qual(is)?

O Sr ou Sr ª gostaria de fazer alguma pergunta emrelação à estes folders?

(X) Não ( ) Sim. Folder de direitos e deveres do paciente
(X) Não ( ) Sim. Folder de Higienização das mãos
(X) Não ( ) Sim. Folder de Risco de quedas
(X) Não ( ) Sim. Identificação com pulseira

O Sr ou Srª. gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Nome:

Identificação/Responsável: Fernando Alves Lima

Assinatura: RG:

Grau de parentesco (se aplicável):

Data: 17/08/19 Hora: 12:30

Enf. Vanessa Lima 129463
ASSINATURA/CARIMBO

MOD. 204 - HGV

QUADROS DE ORIENTAÇÃO DE ESCALAS

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE
AÇÃO	RESPOSTA	PONTUAÇÃO
Abertura ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
Melhor Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Sons incompreensíveis	5 4 3 2
Melhor Resposta motora	Obedece comandos Dor localizada Retirada da flexão Flexão anormal Extensão anormal	6 5 4 3 2
		15
PONTUAÇÃO: < 3(probabilidade de morte) 3 a 8 (grave necessidade de intubação) 9 a 12 (moderado) 13 a 15 (leve)		

Escala de Agitação- sedação de Richmond - RASS

PONTOS	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
4	Agressivo	Violento, perigoso, combativo.
3	Muito agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateti_
2	Agitado	Movimentos sem coordenação freqüentes.
1	Inquieto	Intranqüilo, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos.
0	Alerta e calmo	Alerto, calmo.
-1	Sonolento	Parcialmente alerta, facilmente despertável e mantém contato visual por mais de 10 segundos.
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente, e faz contato visual com o som da voz por menos de 10 segundos.
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual.
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física.
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

PERCEPÇÃO SENSORIAL	1. TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO
UMIDADE	1. COMPLETAMENTE MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONALMENTE MOLHADA	4. RARAMENTE MOLHADA
ATIVIDADE	1. ACAMADO	2. CONFINADO À CADEIRA	3. ANDA OCASIONALMENTE	4. ANDA FREQUENTEMENTE
MOBILIDADE	1. TOTALMENTE IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
NUTRIÇÃO	1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE INADEQUADO	3. ADEQUADO	4. EXCELENTE
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA	

MOD. 204 - HGV

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
de Silva

Paciente: leonardo alves lima - 163570164630007 - 12/05/1993 (25 anos), Inhuma. Mãe: maria helena alves lima

Leito: Hospital Getúlio Vargas - HGV (Teresina/PI) - ENF - 237 LEITO - 3 - Bucomaxilofacial / Adulto / Masculino

Class. Risco: Urgente

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante
Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)

Médico Solicitante
TALLYS FRANCISCO DA LUZ CAMINHA

Usuário Solicitante
Usuário Padrão

Senha
20181210183674

Observação solicitante
senha não informada

Caráter
Retaguarda

Tipo de Leito
Bucomaxilofacial

CIDs
Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face

Procedimentos

Descrição Clínica
paciente sofreu acidente motociclistico ha 03 dias. TC : FRATURA NA PAREDE LATERAL DA ORBITA ESQUERDA E NO OSSO ZIGOMATICO ESQUERDO.

Protocolo de Atendimento
Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): não tem

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): não tem

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 15

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 99%

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 14

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 90

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 120/80

Observações

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

urgente!

REQUISIÇÃO DE PARECER

CIRURGIA

NOME: LEONARDO ALVES LIMA 237-01

DA CLÍNICA: BUCO MAXILO

À CLÍNICA: UROLOGIA

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente relata ARDÊNCIA AO URINAR.
Solicito AVALIAÇÃO UROLOGISTA

Laurindo de Sousa Brito Junior
Cirurgião Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
CRO-PI

DATA: 19/12/18.

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente com relato de Disuria na final do Jato Urinario logo cessando uretral. Logo fibre. Ao exame: abdomen normal.
HD: ITU (uretrite)
CD: Iniciado ATB ambulatorial

Dr. Consultor Filho
Cirurgião Geral
Residente Urologia
CRM-PI 5751

Dr. Aurelio

___/___/___

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 11/12/19

REGULAÇÃO SUS

SENHA Nº 20181210183674

Caráter ELETIVA

Data da solicitação:
10/12/2018 13:55

Número do prontuário:

Autorização:
20181210183674

Profissional solicitante:
Usuário Padrão

Estabelecimento Solicitante:
Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)

Estabelecimento Executante:
Hospital Getúlio Vargas - HGV (Teresina/PI)

Paciente:
leonardo alves lima

Data de nascimento:
12/05/1993 (25 anos)

Cid:
- Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face

Procedimentos Autorizados:

Motorista: Cazim (Moazy)

REVISÃO SOCIAL
Autoriza abertura de prontuário
Teresina, 14/12/18, as 08h00min
Assinatura

CID = S024
Proced = 0404020526
~~Proced~~ =

cid - S02-4
proced: 04.04.020526

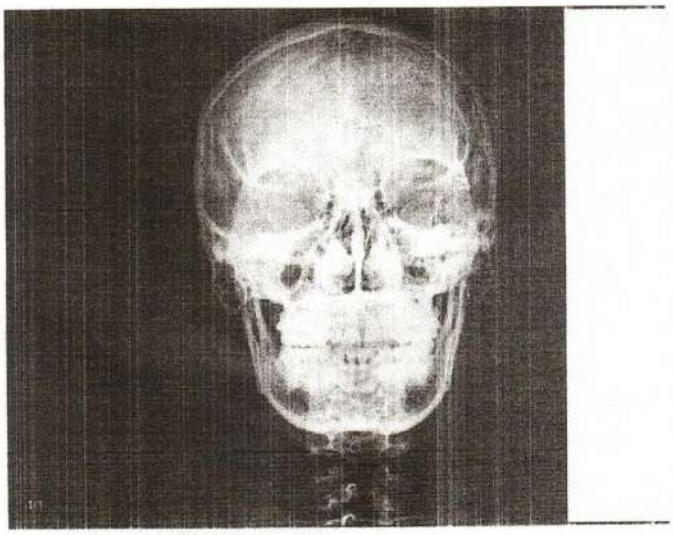
Dr. Marcio Inácio da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial

Página 1 de 1

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/03/19

LEONARDO ALVES LIMA
Data do Estudo: 2018-12-
12
Disco Paciente: 850194
Disco
Estudo: S-J^2QDHH.1
Study Description:: Series

Serie	Descrição
1	AP
2	AP



http://192.168.1.6/digiweb/digiweb.php?requestType=WADO&studyUID=1.3.46.670... 22/01/2019

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Paciente: Leonardo Alves Lima DATA DE NASCIMENTO: 12/05/93 Prontuário: 136560 Data: 22/12/18

CHECAGEM ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	CHECAGEM ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA	CHECAGEM ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRUR
Responsáveis: Cirurgião (ã), Auxiliar, Anestesista, Enfermeira (o) Instrumentador(a) e Circulante		
Identificação (SIGN-IN)	**Confirmações (TIME-OUT)**	**Registros (CHECK-OUT)**
Confirmar com o paciente: Identidade (nome e Data de nascimento): (X) Sim ( ) Não Jejum? (X) Sim - Quantas horas? 4h ( ) Não Procedimento programado _____ Sítio demarcado ( ) Sim ( ) Não (\ ) Não se aplica **Usar dispositivo médico?** ( ) Sim ( ) Não Está na sala e conferido? **Consentimentos informados preenchidos e assinados:** Para a anestesia ( ) Sim ( ) Não Para a cirurgia ( ) Sim ( ) Não **Exames de imagens essenciais estão disponíveis?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica **Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário):** ( ) Sim ( ) Não **Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala?** (X) Sim ( ) Não **Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando?** ( ) Sim ( ) Não **O paciente possui alergia?** ( ) Sim (X) Não Quais? _____ **O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração?** ( ) Sim ( ) Não Equipamentos para assistência disponíveis? (✓) Sim ( ) Não **O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/Kg)?** ( ) Sim ( ) Não Tem acesso endovenoso adequado ( ) Sim ( ) Não Tem reserva de sangue ( ) Sim ( ) Não	**Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função** **Todos os responsáveis confirmaram verbalmente a(o):** (✓) Identificação do paciente (nome e data de nascimento) (✓) Procedimento programado ( ) Sítio Cirúrgico demarcado **Placa de bisturi posicionada corretamente:** ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica **A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica Antecipação de eventos críticos: **Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica prevista?** ( ) Sim - Qual? _____ ( ) Não **Equipe de anestesista: alguma preocupação específica com o paciente?** ( ) Sim - Qual? _____ ( ) Não **Checagem da equipe de enfermagem:** Todos os instrumentais estão disponíveis? ( ) Sim ( ) Não Todos os instrumentais estão esterilizados? ( ) Sim ( ) Não Todos os equipamentos necessários estão disponíveis? ( ) Sim ( ) Não	**Procedimento realizado:** _____ **Contagem das compressas correta?** (✓) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica **Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta?** (✓) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica **Contagem de agulhas correta?** (✓) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica **As amostras/biópsias para a anatomia patológica est identificadas (nome do paciente e data de nasciment anatômico de origem; quantidade de amostras)?** ( ) Sim ( ) Não (✓) Não se aplica **Registros completos no prontuário:** Do procedimento intraoperatório ( ) Sim ( ) Não Do procedimento anestésico (✓) Sim ( ) Não **Todos os medicamentos administrados foram registr checados?** ( ) Sim ( ) Não (✓) Não se aplica **Todas as recomendações médicas para os cuidados r operatório imediato estão prescritos?** ( ) Sim ( ) Não **Houve algum problema com equipamentos que deve resolvido?** ( ) Sim - Qual? _____ (✓) Não

Cirurgião	Anestesista	Instrumentador (a)	Circulante	Enfermeira (o)

MOD.135-HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/02/19
Edna Maria Oliveira Silva
MAT: 0190654-

Num. 6138197 - Pág. 46
Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

HGV

HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: **LEONARDO ALVES LIMA**
Prontuário: **436560** Atendimento: **850194**
Dt. Nasc.: 12/05/1993 Idade: 25a 7m 11d Sexo: M
Pedido: **125435** Data Pedido: **21 de Dezembro de 2018**
Médico Solicitante: FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA
Setor Solicitante: CL.CIRURGICA II
Unid. Internação / Leito: CL. CIRURGICA II / CIRII230
Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 21 de Dezembro de 2018

COAGULOGRAMA

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 1,40 min.
Método:Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação.....: 8,00 min.
Método:Lee-Write Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....:NEGATIVO
Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....:TOTAL

ADAUTO TEODORO AGUIAR NETO
1548

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/03/19
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065

HGV

HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: **LEONARDO ALVES LIMA**
Prontuário: **436560**
Dt. Nasc.: 12/05/1993
Pedido: **125435**
Atendimento: **850194**
Idade: 25a 7m 11d
Sexo: M
Data Pedido: **21 de Dezembro de 2018**
Médico Solicitante: FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA
Setor Solicitante: CL.CIRURGICA II
Unid. Internação / Leito: CL. CIRURGICA I / CIRII230
Convênio: SUS - INTERNACAO

Data do Laudo: 21 de Dezembro de 2018

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias em milhões/ml.....: **5,66**

Hemoglobina em g/dl.....: **16,00**

Hematócrito em %.....: **41,30**

Vol. Glob. Média em u3.....: **72,97**
Hem. Glob. Média em uug....: **28,27**
C.H. Glob. Média em %.....: **38,74**
OBS: MICROCITOSE DISCRETA

LEUCOGRAMA

Valores Encontrados

Leucócitos por ml.....: **8.170**

Promielocitos..... **0,00**
Mielocitos.....: **0,00**
Metamielocitos.....: **0,00**
Bastões.....: **2,00**
Segmentados.....: **73,00**
Eosinofilos.....: **1,00**
Basofilos.....: **0,00**
Linfócitos.....: **20,00**
Monócitos.....: **4,00**
OBS:

Plaquetas.....: 200.000 mm/3
OBS:

ADAUTO TEODORO AGUIAR NETO
1548

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/08/2019
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019865-4

HOSPITAL GETULIO VARGAS

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/08/2019
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 019965-4

NOME: Leonardo Alves Lima

DIAGNÓSTICO:

PRONTUÁRIO:

LEITO: 237-01

PESO:

INTERNAÇÃO: / /

G.S. / F. RH

HORA	SINAIS VITAIS T	P	R	PA/PAM	DOR	PVC	SAT O_2	PIC	GLICO	ENTRADAS VO/SNG	PLASMA	SANGUE	HPC	MED	SF	SG				DRENOS
07	36.39	100		13/9	4															
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14	36	80	20	11/8	0															
SOMA PARCIAL																				
15																				
16																				
17																				
18	36			11/8	02															
19																				
20																				
21																				
22			18	12/8																
SOMA PARCIAL																				
23																				
24																				
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
SOMA PARCIAL																				
SOMA TOTAL																				

ENTRADAS:

SAÍDAS:

BALANÇO 24 HS

LEGENDA:

1. EVACUAÇÕES:
(–) Ausente
(+) Pequena quantidade
(++) Média quantidade
(+++) Grande quantidade

2. MUDANÇA DE DECÚBITO:
DD – Decúbito Dorsal
DLD - Decúbito Lateral Direito
DLE - Decúbito Lateral Esquerdo
DV - Decúbito Ventral

3. ESCALA NUMÉRICA DA DOR:
0 1 2 3 4 5 6 7
sem dor
média dor

MOD. 139 - HGV

Num. 6138197 - Pág. 50

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

FEPISER

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	DATA NASC.	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Leonardo Alves Lima	12/05/93	Cirurgia II	237	05	[illegible]

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO INTERDISCIPLINAR
23/12/13	1 DPO: de osteossíntese de		
	complexo orbito zigomático maxilar		
	paciente em alta hospitalar		

[illegible] Silva França
[illegible] Traumatologia
[illegible] Bucomaxilo Facial
[illegible] 1978 PI

MOD. 09-HGV

Num. 6138197 - Pág. 51
Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

GERENCIA DE ENFERMAGEM

CHECK LIST - CIRÚRGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

(REALIZAR ANTES DO PACIENTE IR PARA O CC)

NOME: LEONARDO ALVES LIMA **DATA NASC.:** 12/05/1993 **DATA:** 22/12/2018

CLÍNICA: CL. CIRURGICA II-CL230L02 **ATEND:** 0000850194 **PRONT:** 0000436560 **HORÁRIO:** 6:30

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHECAR
1	CONFERIR A IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (PULSEIRA - NOME COMPLETO E DATA DO NASCIMENTO)	☑
2	CONFERIR SE O PACIENTE ENCONTRA-SE COM A MARCAÇÃO CIRURGICA DA LATERALIDADE	☐
3	CONFIRMAR COM O CENTRO CIRURGICO SE O PACIENTE SERÁ OPERADO	☑
4	CONFERIR SE OS TERMOS DE CONSENTIMENTO DA ANESTESIA ESTÃO PREENCHIDOS E ASSINADOS	☑
5	CONFERIR SE O TERMO DE CONSENTIMENTO DA CIRURGIA ENCONTRA-SE ASSINADO	☐
6	CONFERIR SE O PACIENTE TOMOU BANHO E ESVAZIOU A BEIXIGA	☑
7	VERIFICAR A RETIRADA DE ADORNOS, PRÓTESE DENTÁRIA, ESMALTE NAS UNHAS	☑
	ORIENTAR A RETIRADA DE ROUPA INTIMA	☑
	PREPARAR O PACIENTE COM A VESTIMENTA APROPRIADA (CAMISOLA, GORRO E PRÓ-PÉS)	☑
10	CONFERIR O JEJUM	☑
11	VERIFICAR SE O PACIENTE TEM **ALERGIA** E REGISTRAR NO PRONTUARIO	☑
12	INDENTIFICAR JUNTO AO PACIENTE E PRONTUARIO O PROCEDIMENTO A SER REALIZADO, EXAMES PRE-OPERATÓRIOS E PARECER CARDIOLÓGICO	☑
13	VERIFICAR E ANOTAR OS SSVV NO PRONTUARIO (INCLUIR DOR)	☑
14	FAZER O REGISTRO DE ENFERMAGEM DO ENCAMINHAMENTO AO CC NO PRONTUARIO	☑
15	SOLICITAR O MAQUEIRO PARA O TRANSPORTE E ENCAMINHAR O PACIENTE AO CENTRO CIRÚRGICO DE MACA OU CADEIRA DE RODAS, ACOMPANHAMENTO PELO TÉCNICO DE ENFERMAGEM **OBRIGATÓRIAMENTE**	☑

OBS: DEVERÁ SER VERIFICADO E CHECADO ☑ADA ITEM

* A assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

ASSINATURA DA (O) ENFERMEIRO E CARIMBO	ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO
Vitor Gonçalo . COREN: 56.700-ENF	

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/08/19
Edna Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUARIO MAT: 019065-

SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento: 850194

Prontuário: 436560 **Nome:** LEONARDO ALVES LIMA
Endereço: POV MIMOSO 0 ZONA RURAL
Cidade: VALENCA DO PIAUI **UF:** PI **CEP:** 64300-000

Sexo: M **DT. Nasc:** 12/05/1993 **Idade:** 25 Anos **Estado Civil:** C **Profissão:** TRABALHADOR RURAL
Cadastro: 14/12/2018 **Telefone:** 89 -9993.70116 **Cartão SUS:** 163570164630007 **CPF:** 05705849303

Justificativa:

Data	Assinatura
14 / 12 / 18	x Valéria da Conceição Silva
15 / 12 / 18	x Valéria da Conceição Silva
16 / 12 / 18	x Valéria da Conceição Silva
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

Data: ___/___/_____

Ass. Médico Solicitante

Auditor

Data: ___/___/_____

Assinatura - CPF

HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **LEONARDO ALVES LIMA**
Prontuário: **436560**
Dt. Nasc.: 12/05/1993
Atendimento **850194**
Idade: 25a 8m 13d
Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: **132265**
Data Pedido: 24/12/2018
Médico Solicitante: FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA
Setor Solicitante: CL.CIRURGICA II
Unid. Internação / Leito: CL. CIRURGICA II / CIRII230
Convênio: SUS - INTERNACAO
Cód. Procedimento: **02.04.01.014-4**
Data do Laudo: 02/01/2019

RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE

RELATÓRIO: O estudo radiológico da face foi realizado nas incidências mento-naso e fronto-naso.

- Controle radiológico pós-operatório de correção cirúrgica da junção frontopzigomática esquerda caracteterizada pela presença de placa e de poarafusos de recxonstrução.

CONCLUSÃO: Exame radiológico de controle pós-operatório.

MANOEL ANTONIO GOMES DE CASTRO
805

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **LEONARDO ALVES LIMA**
Prontuário: **436560** Atendimento **850194**
Dt. Nasc.: 12/05/1993 Idade: 25a 8m 13d Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: **131537** Data Pedido: 17/12/2018
Médico Solicitante: FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA
Setor Solicitante: CL.CIRURGICA II
Unid. Internação / Leito: CL. CIRURGICA II / CIRII230
Convênio: SUS - INTERNACAO
Cód. Procedimento: **02.06.01.004-4** Data do Laudo: 18/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE OU ATM

TÉCNICA DO EXAME: Foram realizados cortes tomográficos submilimétricos da face no plano axial, sem contraste endovenoso.

RELATÓRIO:

- Fraturas em hemiface esquerda, assim localizadas:
  . Parede lateral e assoalho da órbita;
  . Terços médio e posterior do arco zigomático;
  . Paredes do seio maxilar, com fragmentos desalinhados.
- Espessamento mucoso/material hemático no interior do seio maxilar esquerdo.
- Demais cavidades sinusais bem pneumatizadas.
- Complexos óstio-metais pérvios e anatômicos.
- Cornetos nasais anatômicos.
- Leve desvio do septo nasal para a esquerda.

CONCLUSÃO:

- Fraturas no complexo órbito-maxilo-zigomático da hemiface esquerda.
- Espessamento mucoso/material hemático no interior do seio maxilar esquerdo.
- Leve desvio do septo nasal para a esquerda.

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS
3645

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/08/2019

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.929.365 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/03/19

NOME GILSON RODRIGUES DA SILVA

FILIAÇÃO ISABEL MARIA DA SILVA
FRANCISCO RODRIGUES BANDEIRA

NATURALIDADE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI 08/08/1988

DOC. CERT.CASAM. 2680 L 15 F 131
EXP NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI 01/12/14

CPF 027.484.933-03

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

Num. 6138197 - Pág. 56

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1080 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 199740.000033/2019-16

Unidade de Registro: DP DE PIMENTEIRAS

Resp. pelo Registro: Alexandre Alysson Nogueira Ramos

Data/Hora: 01/04/2019 - 10:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Data/Hora
08/12/2018 - 17:30

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Municipio
NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço
POVOADO SANTA LUZIA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LEONARDO ALVES LIMA
Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 343714 SSPPI PI
Mãe: MARIA HELENA ALVES LIMA
Pai: MANOEL BARBOSA LIMA
Endereco: POVOADO MIMOSO, Nº S/N
Bairro: OUTROS - ZONA URBANA
Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ - CEP: 64300-000
Telefone(s): 89-9937-0116

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA.	CG 150	2012	OEA6016	9C2KC1670CR554974	00477934625	Cinza

Condutor: LEONARDO ALVES LIMA
RG: 343714 Órgão: SSPPI UF RG: PI
End: POVOADO MIMOSO Número: S/N Complemento:
Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA
Proprietário: GILSON RODRIGUES DA SILVA
End: ZONA RURAL PEREIROS Número:
Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA COMPARECEU A ESTÁ DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA CIDADE DE VALENÇA DO PIAUI,PARA REGISTRAR A OCORRÊNCIA NO SEGUINTE TEOR: QUE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADO QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA NA ZONA RURAL DO POVOADO SANTA LUZIA, QUANDO VEIO A COLIDIR COM OUTRA MOTO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO E DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL DE VALENÇA, COMO CONSTA O PROTOCOLO DE ATENDIMENTO, TENDO LESÕES " FRATURA NA FACE". A VITIMA ESTÁ COM TODOS OS DOCUMENTOS DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO HOSPITAL. ERA O QUE EU TINHA A REGISTRAR.

Alexandre Alysson Nogueira Ramos - Mat: 2868113
AGENTE DE POLÍCIA

Leonardo Alves Lima
LEONARDO ALVES LIMA - Noticiante
Responsável pela Informação

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

Delegado de Polícia

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817564617900000005873145
Número do documento: 19082817564617900000005873145

Clínica Dr. Helder Oliveira

Av. Prof. João Soares, 966 - Centro
Valença do Piauí-PI
CNPJ: 04.015.067/0001-50

RECEITUÁRIO

Nome: Leonardo Alves Lima.

Paciente vítima acidente de trânsito (SIC) dia 08/12/2018; ao exame: traumatismo craniano grave com fraturas do complexo Órbito-Zigomático maxilar esquerdo, escoriações pelo corpo; sendo submetido à tratamento cirúrgico, alta do tratamento dia 27/03/2019; com redução da capacidade funcional mastigatória de aproximadamente 30%, no momento do exame, associado a cefaleia e visão esquerda embaçada (SIC).

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM-PI 2640
CPF: 007.28[illegible]

Valença do Piauí-PI 08/04/19
CRM 2640.

IDEIA (89) 99974.0096

Saúde é Vida (89) 3465.2647

Assinado eletronicamente por: JULIANA ROCHA PINTO PORTELA NUNES - 28/08/2019 17:56:50
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082817565018600000005873149
Número do documento: 19082817565018600000005873149